FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N° 126.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 27 juin 1867,

PAR MARIUS BLANC
né à Uzès (Gard),

BACHELIER ÈS-LETTRES ET ÈS-SCIENCES,
ÉLÈVE DES HOPITAUX DE PARIS.

DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS
ET
DE SON ABLATION PAR LA LIGATURE EXTEMPORANÉE.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1867

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Doyen, M. WURTZ.

Professeurs.	MM.
Anatomie	JARJAVAY.
Physiologie	LONGET.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	LASEGUE.
Pathologie médicale	AXENFELD. HARDY.
Pathologie chirurgicale	RICHET. BROCA.
Anatomie pathologique	VULPIAN.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	DENONVILLIERS.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	SÉE (G.).
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Clinique médicale	BOUILLAUD. GRISOLLE. MONNERET. BÉHIER.
Clinique chirurgicale	VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON. GOSSELIN.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

Doyen honoraire, M. le Baron PAUL DUBOIS.

Profess. honoraires, MM. ANDRAL, CLOQUET, CRUVEILHIER et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM. BUCQUOY.	MM. GUYON.	MM. LIÉGEOIS.	MM. PARROT.
CHARCOT.	HOUEL.	LEFORT.	POTAIN.
DESPLATS.	JACCOUD.	LORAIN.	RAYNAUD.
DESPRÉS.	JOULIN.	LUTZ.	SÉE.
DE SEYNES.	LABBÉ (LÉON).	NAQUET.	TARNIER.
DOLBEAU.	LABOULBENE.	PANAS,	
FOURNIER.			

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. *N*. . . . .
— des maladies des enfants	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses	*N*. . . . .
— de l'ophthalmologie	FOUCHER.

Chef des travaux anatomiques, M. SAPPEY, agrégé hors cadre.

Examinateurs de la thèse.

MM. NÉLATON, *président;* DENONVILLIERS, DESPRÉS, JACCOUD.

M. FORGET, *Secrétaire.*

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PÈRE & A MA MÈRE

Je n'oublierai jamais les sacrifices onéreux que vous vous êtes imposés pour moi, et recevez comme le témoignage de ma plus profonde reconnaissance, ce fruit de mes travaux.

A MON FRÈRE

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT

M. NÉLATON

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
GRAND OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

A M. MAISONNEUVE

CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU.

A M. DUPRÉ

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Veuillez recevoir mes hommages pour avoir bien voulu guider mes premiers pas dans la carrière médicale.

DU

CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

ET DE SON ABLATION

PAR LA LIGATURE EXTEMPORANÉE

On entend par cancer d'une manière générale, toute affection caractérisée par la double tendance à détruire le tissu de l'organe qu'il affecte, à se reproduire sur place ou à distance avec plus ou moins de rapidité, quelles que soient les formes qu'elles présentent, et enfin à infecter l'économie dans un temps plus ou moins long, de manière à amener dans l'organisme ces troubles profonds qui caractérisent la cachexie cancéreuse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Le cancer du col, comme dans toute autre région, se présente sous deux formes principales, le squirrhe et l'encéphaloïde, qui ne se distinguent l'un de l'autre que par la différence de densité de leurs tissus, du groupement plus ou moins serré de leurs éléments, et de la prédominance des fibres et des éléments fibro-plastiques sur les cellules cancéreuses.

Le squirrhe est d'une consistance dure, lardacée, criant sous le

scalpel, généralement d'un blanc mat, quelquefois d'un blanc grisâtre.

L'encéphaloïde est au contraire d'une consistance molle, à tel point que cette mollesse en a quelquefois imposé pour de la fluctuation. Dans le premier, il y a condensation des éléments solides et raréfication du suc cancéreux ; dans le second, abondance du suc cancéreux et diminution des éléments solides. Des deux, le squirrhe paraît être le plus fréquent, le cancer mélanique s'observe le plus rarement. En soumettant sous le champ du microscope quelque parcelle de l'une de ces tumeurs, on observe un tissu particulier, formé de cellules à noyaux ovoïdes, quelquefois sphéroïdes ; ces noyaux hétéromorphes sont appelés cancéreux, car leur présence dans une tumeur suffit à elle seule pour caractériser le cancer et le faire distinguer de tout ce qui n'est pas lui.

PROPRIÉTÉS CHIMIQUES DU SUC CANCÉREUX.

D'après Homolle, si l'on filtre ce liquide, on observe qu'il a une réaction alcaline, se coagule par la chaleur, et peut, dans quelques cas, se prendre en masse comme du blanc d'œufs, tant est grande la proportion d'albumine qu'il renferme. L'humeur cancéreuse présente donc la composition des humeurs les plus riches en principes animalisés, et cette composition, qui l'éloigne si complétement des humeurs excrémentitielles, permet de comprendre comment la déperdition qui se fait journellement épuise l'économie et détermine un appauvrissement du sang, un amaigrissement et un état cachectique, que l'on n'observe dans aucune autre maladie à un degré si prononcé. La marche du squirrhe est plus lente que celle de l'encéphaloïde, mais, arrivé à la période d'ulcération, le squirrhe va à pas de géants.

En un mot, quelles que soient les formes sous lesquelles se pré-

sente le cancer du col, il tend toujours à envahir les parties les plus voisines et à se les assimiler ; il les ulcère, les perfore, et c'est ainsi qu'il s'étend sur le corps de l'utérus, les organes voisins, le vagin, la vessie, le rectum, par l'intermédiaire du tissu cellulaire circonvoisin de ces organes. Tantôt il siége sur la lèvre antérieure, tantôt sur la lèvre postérieure, ou bien sur les deux à la fois, rarement il débute par le corps lui-même.

ÉTIOLOGIE.

De nombreux ouvrages ont été publiés pour découvrir l'origine du cancer utérin, dans lesquels on l'attribue à des causes contradictoires, et dont l'influence n'est pas prouvée. Nous nous rangerons à l'opinion de M. Cruveilhier, qui pense que le cancer du col utérin est susceptible de se développer dans n'importe quelle condition où se trouve la femme : ainsi la stérilité, la fécondité, les accouchements heureux ou malheureux, la menstruation la plus régulière comme la plus irrégulière, l'avortement ou le défaut d'avortement, l'hérédité, le tempérament, la scrofule, la syphilis, les flueurs blanches, les polypes utérins et les tumeurs fibreuses : en un mot, aucune de ces causes n'exerce la moindre influence sur le développement du cancer. Cependant, comme la plupart des chirurgiens, nous admettons que le cancer utérin, comme pour celui de toute autre région, est dû à une cause cachée, à une prédisposition toute particulière des sujets à être atteints de cette affection. En un mot, le cancer se produit sous l'influence de la diathèse cancéreuse, et les conditions d'hérédité que nous avons souvent observées dans les hôpitaux achèvent de nous convaincre de cette dernière opinion. La scrofule, comme l'a dit M. Paris, ne nous semble pas favoriser le développement du cancer, et, en effet, il est rare d'observer à la fois chez le

même sujet et le cancer et la scrofule, de telle sorte que nous pensons que la diathèse cancéreuse et scrofuleuse sont indépendantes l'une de l'autre. Quant à la contagion elle est nulle, et, en effet, on n'a jamais rencontré le fait d'un homme ayant contracté le cancer à la suite des rapports avec sa femme atteinte d'un cancer du col utérin.

Si nous cherchons à quelle époque de la vie se montre spécialement cette affection, d'après le plus grand nombre des auteurs, ce serait au retour d'âge qu'elle serait la plus fréquente : c'est en effet entre 40 et 50 ans qu'elle se montre le plus souvent; les femmes dont nous parlons dans nos observations viennent à l'appui de ce fait.

SYMPTÔMES.

Ils sont locaux et généraux.

Symptômes locaux.

La douleur s'observe le plus fréquemment dans le cancer du col : elle consiste tantôt dans des tiraillements soit dans les reins, soit à la partie supérieure des cuisses et dans les lombes. D'autres éprouvent un sentiment de plénitude dans le bassin, une sensation de pesanteur vers le périnée et la région sacrée. Le plus souvent, ce sont des douleurs lancinantes, et les malades le disent très-bien : « Ça me lance ! » Ce dernier caractère de la douleur, quoique presque pathognomonique, peut cependant manquer, surtout au moment qui correspond au commencement du développement de la tumeur carcinomateuse; elle manquerait quelquefois, comme le dit M. Courty, même à la période d'ulcération la plus avancée. Cepen-

dant la douleur et son caractère principal que nous avons signalé précédemment, sont considérés comme un des éléments les plus importants de diagnostic de l'affection qui nous concerne.

Troubles de la menstruation.

Ce sont les premiers symptômes que l'on voit apparaître chez les femmes encore réglées : chez quelques-unes, on observe du retard dans les menstrues ; chez d'autres, les périodes menstruelles avancent de quelques jours, sont plus fréquentes que d'habitude, ou bien elles sont irrégulières dans leur apparition.

Hémorrhagies utérines.

Les pertes sanguines ne manquent jamais au début de cette affection, et elles sont d'autant plus abondantes et plus répétées, que le cancer envahit de plus en plus la muqueuse utérine. Au commencement, ces hémorrhagies accompagnent les menstrues qui sont plus abondantes que normalement, puis elles apparaissent dans l'intervalle des règles pour devenir ensuite continues, et jettent alors les malades dans un état profond d'anémie caractéristique. A ce signe vient s'en joindre un autre qui n'en est pas moins important, ce sont les pertes blanches qui quelquefois précèdent les hémorrhagies, mais les accompagnent le plus souvent. Elles sont tantôt de nature muqueuse, tantôt séreuses, séro-sanguinolentes ou séro-purulentes, selon l'état plus ou moins avancé de l'altération organique, et leur exsudation se fait aussitôt que l'élément épithélial commence à subir une certaine modification. Enfin, lorsque la tumeur présente des ulcérations dans quelques points, le liquide exsudé devient alors ischoreux ; son odeur, d'abord fade, devient

alors de plus en plus fétide, selon la quantité plus ou moins grande de détritus de tissus pathologiques qui circulent avec les liquides qui les entraînent au dehors, et auxquels viennent s'y mêler quelquefois, surtout vers la dernière période, d'autres matières, telles que les urines, les fèces, dont le cours est dévié par suite de la formation de perforations ou de fistules vésico-recto-vaginales, produites par l'extension de l'élément morbide à ces différents organes.

Signes fournis par le toucher vaginal, l'examen au spéculum et la palpation.

Le toucher peut se pratiquer par le vagin ou le rectum. Par le toucher vaginal, on constate au début de l'affection que le col est dur, volumineux, déformé, et présente en même temps une surface irrégulière, inégale et bosselée. Sa direction est changée; il est dévié en arrière et rarement en avant. En faisant pénétrer profondément le doigt dans le cul-de-sac du vagin, et en appliquant l'autre main sur l'hypogastre, on sent que le corps est plus dur et plus développé qu'à l'état normal. En outre, un autre moyen non moins précieux d'examen est le toucher rectal, qui nous permet de constater d'une manière aussi évidente les bosselures et la dureté de cet organe qui comprime fortement l'extrémité inférieure du tube digestif. Quand le cancer n'est pas ulcéré, le meilleur moyen d'investigation est le spéculum, qui nous fait mieux distinguer les diverses phases sous lesquelles se présente cette altération organique si grave et si redoutable.

Nous suivrons à ce sujet l'exemple de Marjolin, qui admet quatre formes primitives sous lesquelles elle peut se présenter.

1re *forme.* — Petites tumeurs dures, circonscrites, du volume d'un pois à celui d'une noisette, rouges ou de couleur fauve, sil-

lonnées par des vaisseaux superficiels plus ou moins abondants, douloureux au toucher, et tendant à s'agrandir.

2[e] *forme.* — Engorgement dur, inégal, bosselé; quelquefois diminution de volume et dilatation de l'orifice du col; point de granulations comme dans l'inflammation de la muqueuse.

3[e] *forme.* — Tuméfaction de l'une ou l'autre des lèvres ou de toutes les deux à la fois, dans une étendue variable. Consistance inégale, ordinairement dureté à la base, mollesse à la surface; renversement des lèvres, excoriations.

4[e] *forme.* — Engorgement général; la couleur est d'un rouge obscur. En résumé, on voit qu'au début le cancer a pour caractère invariable une dureté plus ou moins grande avec déformation plus ou moins considérable. Après avoir ainsi tracé l'évolution première du cancer, passons maintenant à sa seconde phase, c'est-à-dire à sa période d'ulcération. Dès lors le toucher vaginal devra être préféré à l'examen par le spéculum, car ce dernier devient ici d'un emploi dangereux et très-douloureux. En recourant donc au toucher, nous signalons les signes suivants : le col est déformé, ramolli en certains points et dur dans d'autres, quelquefois ramolli entièrement, mais seulement à la fin de la période d'ulcération. Dans quelques parties du col, il existe des pertes de substance, et dans d'autres des excroissances plus ou moins volumineuses; quelquefois les progrès sont tellement avancés qu'il devient impossible de distinguer ni les lèvres ni l'orifice du col, c'est-à-dire que cet orifice disparaît sous le doigt. Par la vue, aidée du spéculum, l'exploration acquiert plus de précision et d'exactitude, mais, comme nous l'avons déjà dit, cet instrument, dans le moment qui nous occupe, est très-dangereux, à cause de la déchirure plus ou moins étendue et des hémorrhagies plus ou moins abondantes qu'il peut

déterminer. Il est bien mieux indiqué au début, où il devient alors indispensable pour nous éclairer sur le diagnostic et nous faire reconnaître certaines lésions que le tact, quelque habile qu'il soit, peut laisser échapper.

SYMPTÔMES GÉNÉRAUX.

L'affection, d'abord locale et concentrée seulement sur l'utérus, ne tarde pas à envahir l'organisme tout entier; c'est alors qu'on voit apparaître le cortége des symptômes funestes qui doivent conduire la malade au tombeau; tels sont l'amaigrissement considérable, l'abattement général des forces, la perte de l'appétit.

La circulation et toutes les autres grandes fonctions sont altérées; du côté de la peau, on voit apparaître une coloration jaune paille caractéristique de cette affection. En un mot, on constate tous les troubles et tous les désordres qui sont le propre de la cachexie cancéreuse.

DIAGNOSTIC.

Ce n'est qu'au début qu'on peut confondre le cancer avec une métrite chronique, un polype et les corps fibreux. Examinons d'abord les signes qui le distinguent de la métrite chronique. Dans le cancer, le col est bosselé et d'un volume variable; dans la métrite chronique, le col est au contraire lisse, uniformément développé; quelquefois cependant on voit des métrites chroniques présenter des bosselures, mais qui se distinguent de celles du cancer

par des sillons profonds qui aboutissent à l'orifice utérin, et qui sont formées par des cicatrices résultant d'anciennes déchirures dues à l'accouchement. Le spéculum permet de voir jusqu'au dernier instant la coloration rouge du col dans la métrite chronique, et dont la muqueuse est contagieuse, tandis que, dans le cancer, le col paraît pâle, blafard, et il n'y a point de congestion de la muqueuse utérine. Si en outre nous comparons la durée de deux maladies, nons voyons la métrite pouvant se prolonger au delà de dix à douze ans, tandis que le cancer dépasse rarement seize mois à deux ans. De plus, l'aspect général nous vient beaucoup en aide. En effet, l'amaigrissement profond et rapide, la coloration jaune paille, et tous les troubles profonds de l'économie qui caractérisent la cachexie cancéreuse se montrent avec plus de promptitude et de gravité que dans l'autre affection, à cause de la constitution qui est plus profondément et plus tôt modifiée.

Quant au diagnostic du cancer et du polype, au début il est très-difficile, lorsqu'on ne peut pas encore voir ou sentir la tumeur fibreuse; mais dès que cette dernière peut être soumise à nos divers moyens d'exploration, l'erreur devient impossible. Dans le premier cas, c'est-à-dire lorsqu'on ne peut découvrir le polype, il vient s'offrir d'autres difficultés qu'on ne peut surmonter, et qui consistent en ce que certains symptômes sont communs à l'une et à l'autre affection; tels sont les hémorrhagies, l'augmentation de volume du corps de l'utérus, les pertes blanches et la douleur siégeant dans la même région. Tout cela obscurcit le diagnostic; cependant l'examen au spéculum et le toucher rectal nous mettent sur la voie, en nous faisant constater la présence du polype et l'absence de bosselures et de dureté du col. L'odorat est là aussi pour nous renseigner, car il nous révélera la présence de cette odeur fétide (*sui generis*), qui s'exhale de tout cancer, surtout quand il a subi un travail d'ulcération.

Les corps fibreux se distinguent du cancer, en ce qu'ils se gref-

fent de préférence sur le corps qui présente une dureté caractéristique et une conformité parfaite; cependant il est des cas où le diagnostic devient nuageux, et l'on ne peut se prononcer d'une manière certaine qu'après avoir sondé les antécédents de la malade, cherché s'il y a des tumeurs de même nature dans les autres parties du corps, accompagnées d'engorgement ganglionnaire persistant; on devra également s'informer de l'hérédité et de la marche toute particulière de la maladie.

Plus tard, quand la tumeur carcinomateuse a commencé à se ramollir et à s'ulcérer, l'erreur avec les affections précédemment décrites n'est plus possible; mais une nouvelle difficulté se présente; nous voulons parler de l'ulcère simple inflammatoire. Cette affection très-commune du col peut être prise de prime abord pour un ulcère cancéreux; mais des caractères importants, tirés de l'inspection, ne nous permettraient pas de les confondre. La tumeur cancéreuse est en effet caractérisée par l'induration de ses bords, l'inégalité de sa surface; son fond est grisâtre et sanieux et laisse écouler un liquide particulier (ichor); ses bords sont inégaux, irréguliers et circonscrits par des indurations inégales et violacées. Il ne présente point cet état de l'ulcère simple, dont l'excavation est lisse, régulière et faite comme avec un emporte-pièce. L'aspect général n'est pas le même dans les deux affections.

Il nous reste à examiner et comparer une dernière lésion, qui est celle que l'on confond le plus souvent avec le cancer, tellement sont analogues les symptômes qu'elle détermine. Nous voulons parler de l'épithélioma ou cancroïde. Au début, le diagnostic est presque impossible; ce n'est que plus tard qu'on acquiert un peu de certitude. Les symptômes locaux et généraux sont communs à l'une et à l'autre affection; c'est ainsi qu'on voit survenir, dans l'un comme dans l'autre, la cachexie, mais moins profonde, moins générale et moins rapide dans le cancroïde que dans le cancer. L'hérédité devra être d'abord consultée, soit du côté du père, soit du côté

de la mère; il faudra même remonter à des antécédents plus éloignés, car il arrive quelquefois, dans les diathèses, qu'après s'être montré quelque temps dans une génération sur laquelle elle exerce ses ravages, elle s'apaise et disparaît pour reparaître plus tard avec autant et même plus d'intensité sur une génération suivante. Les sécrétions utérines morbides n'ont pas le même degré d'abondance et de fétidité qui caractérise le cancer. L'âge devra en outre être pris en considération, ainsi que les causes locales irritantes, qui sont sans action sur le développement du cancer, jouent ici un rôle très-important. Enfin il est des cas où la confusion ne cesse qu'après l'opération, c'est-à-dire lorsqu'on soumet la tumeur sur le champ du microscope. Ce dernier iustrument nous met seul sur la voie, et nous permet de reconnaître la structure intime des éléments morbides qui constituent la tumeur cancroïdale, c'est-à-dire la présence des cellules épithéliales, qui lui ont fait donner le nom de *cancer épithélial* ou d'*épithélioma;* on n'observe point ici l'existence de ces cellules á noyau, caractéristiques du cancer. Quoique le diagnostic soit le plus souvent obscur et incertain, le traitement n'en est pas moins changé pour cela, et l'on doit recourir, dans l'un et l'autre cas, à l'ablation, qui évidemment réussit mieux dans l'épithélioma que dans le cancer ; donc c'est surtout au point de vue du pronostic que l'étude et le diagnostic de ces deux affections offrent le plus grand mérite, surtout pour le malade.

MARCHE, DURÉE.

La marche du cancer est essentiellement chronique : tantôt les femmes ne succombent qu'au bout de plusieurs années, parfois même sept à huit ans après l'époque probable où la lésion avait

commencé à se développer; d'autres chez lesquelles le cancer fait des progrès plus rapides, soit locaux, soit généraux, sont conduites au tombeau au bout de seize mois à deux ans. Donc les résultats de cette statistique sont incomplets, et les auteurs qui se sont spécialement occupés de ces affections, entre autres M. le professeur Courty, de l'Ecole de médecine de Montpellier, regardent ces résultats comme de simples approximations. D'après ce dernier et la plupart de nos maîtres, ainsi que d'après M. Lebert, la durée moyenne de la vie d'une femme à partir du moment où elle est atteinte de cancer à la matrice, serait d'un peu plus de seize mois.

PRONOSTIC.

Il est très-grave au point de vue des troubles profonds que détermine cette cruelle et redoutable affection, et au point de vue de la thérapeutique, qui est désarmée en face d'un ennemi si acharné et si puissant.

La chirurgie seule peut rendre quelques services, non pas parce qu'elle peut guérir cette lésion, mais elle peut prolonger les jours des malades en leur enlevant cette tumeur de si mauvaise nature qui leur rend la vie à charge, soit par des douleurs vives et fréquentes, soit par cet écoulement fétide qu'elle détermine.

C'est précisément la non-curabilité de cette affection qui fait reculer quelquefois les chirurgiens devant une opération, de sorte que ces pauvres malheureuses se voyant ainsi abandonnées, et n'ayant plus un seul espoir, sont vite emportées au tombeau, tandis que bien souvent, comme nous l'avons vu dans plusieurs services des hôpitaux, la promesse seule d'une opération leur rendaient l'espoir et pour ainsi dire la vie; ainsi on ne doit pas refuser

à ces malheureuses le bénéfice d'une opération, surtout aussi simple que celle que nous décrirons plus tard, et qui est souvent suivie de succè; du reste, les observations que nous présentons à ce sujet viennent à l'appui de ce que nous avançons.

FRÉQUENCE.

Cette affection, dont l'issue est toujours funeste, est malheureusement très-commune; il ne se passe pas de consultation dans les divers hôpitaux de Paris, sans voir deux ou trois de ces pauvres femmes venir demander le secours des chirurgiens. L'utérus est plus fréquemment que les mamelles envahi par le cancer. D'après un relevé fait dans les différents hôpitaux de Paris et de Londres, sur 3,000 femmes atteintes d'affection cancéreuse, on a compté 1,000 cancers des mamelles, et 2,000 siégeant à l'utérus. Elle correspond chez l'homme au cancer de l'estomac, qui se montre presque aussi souvent.

COMPLICATION.

Dans la période de la grossesse, le cancer du col joue un rôle très-important et souvent funeste, soit du côté de la mère, soit du côté de l'enfant; tantôt cette lésion devance l'époque du travail ou produit l'avortement, tantôt elle le retarde. Dans ce dernier cas nous nous contenterons de citer l'exemple d'une femme rentrée à la Clinique des accouchements chez notre maître, M. Depaul, ayant une grossesse gémmelaire. Après quarante-huit heures de travail,

elle n'était point encore accouchée, lorsque M. Depaul, voulant chercher la cause de ce retard anormal, reconnut par le toucher la présence d'une tumeur cancéreuse siégeant aux deux lèvres du col, ce qui expliquait très-clairement cette longueur et cette ténacité du travail. Cet état, qui aurait été très-fâcheux pour la mère si elle avait été livrée à elle-même (à l'auscultation il fut reconnu l'existence de deux jumeaux vivants), à cause de la rupture de l'utérus due à la résistance si ferme et si persistante du col, cet état, dis-je, fut favorablement amendé par une opération qui a consisté en de petites et nombreuses incisions faites dans différents points du col; l'accouchement ne tarda pas à se faire et sans accidents.

TRAITEMENT.

Il est palliatif ou curatif. Nous laisserons le premier de côté pour ne nous occuper que du traitement curatif local, c'est-à-dire de l'ablation.

Indications de l'ablation.

Quand et à quel moment doit-on faire l'opération dans le cas qui nous concerne? On ne devra tenter l'opération avec succès, que lorsque la tumeur carcinomateuse ne s'étend pas au-delà de la partie vaginale du col, qu'elle ne va pas jusqu'aux insertiens vaginales, à plus forte raison sur le vagin lui-même. En un mot, il faut que le col au-dessus de l'altération organique soit indolent, simple, mou, dépourvu d'indurations, qu'il soit enfin normal. Nous allons esquisser rapidement le tableau des diverses méthodes curatives, de telle sorte qu'après les avoir examinées et comparées, nous puissions mieux faire ressortir les avantages de celle que nous avons

adoptée, c'est-à-dire de la ligature extemporanée faite par un procédé particulier dû à M. Maisonneuve, à l'aide de l'instrument appelé constricteur.

Cautérisation.

Les caustiques sont nuisibles parce qu'ils peuvent s'étendre sur les parties saines voisines et les détruire, parce qu'aussi ils sont incomplétement destructeurs, et qu'en même temps ils développent une inflammation considérable qui vient hâter les progrès de l'affection cancéreuse. Un autre inconvénient c'est la douleur très-vive qu'ils occasionnent. et qui, ajoutée à celle du cancer, rend la vie à charge à ces malheureuses femmes affectées d'une lésion si grave. Parmi les caustiques, il en est un cependant qui remplit de meilleures conditions et donne plus de succès. Nous voulons parler de la pâte de Canquoin (eau, farine de froment et chlorure de zinc, parties égales), formant une pâte à la fois flexible et résistante, que l'on découpe sous une forme particulière, c'est-à-dire en flèches; ce mode de cautérisation est d'un emploi très-facile et ne produit pas surtout d'accidents opératoires, car les tissus qui sont ainsi détruits par cet agent si puissant ne peuvent se décomposer, se putréfier, et par suite ne peuvent pas donner lieu à l'infection purulente. La douleur un peu vive est son seul inconvénient, quoique les malades peuvent promener pour ainsi dire leur douleur. La tumeur, ainsi détruite par ce genre de caustique, tombe au bout de dix jours en moyenne, et la cicatrisation complète s'effectue au bout de vingt à trente jours. Nous avons vu ce procédé (cautérisation en flèches) être suivi le plus souvent d'un succès prompt et assez tenace dans le service de M. Maisonneuve, où il se fait sur une grande échelle, et c'est à cause de ces avantages et de la commodité de son emploi, que nous serions d'avis de ranger cette méthode immédiatement après celle de la ligature extemporanée.

Excision.

C'est une méthode qui présente une série d'accidents tels que la douleur, l'hémorrhagie, qui quelquefois a été assez abondante pour tuer la malade, comme le rapporte notre illustre maître, M. Cruveilhier; du reste l'hémorrhagie la plus faible est une complication toujours funeste pour ces pauvres femmes faibles et anémiques, et dont l'organisme est profondément altéré; c'est donc un très-grand service leur rendre que d'avoir recours à une opération non sanglante. En outre, les suites de l'opération sont souvent funestes; c'est ainsi qu'on voit apparaître une série d'accidents le plus fréquemment insurmontables, tels que l'inflammation, la métrite, la péritonite des phlegmons, et en dernier lieu l'infection purulente qui vient compléter ce funeste tableau. Quant à l'opération en elle-même, elle est très-incommode en ce sens qu'il faut tirailler le col pour le rapprocher de la vulve, afin d'opérer à ciel ouvert, de sorte que ces manœuvres fatiguent les malades, exaspèrent leur douleur, et compromettent ainsi le succès de l'opération.

Écrasement linéaire.

Ce procédé opératoire, bien plus avantageux que le précédent, est suivi aussi dans un assez grand nombre de cas, toutes les fois qu'on a à redouter l'hémorrhagie (tumeurs sanguines, hémorroïdes, tumeurs cancéreuses, etc.); mais à notre point de vue il serait inférieur à celui que nous avons adopté; aussi quelques chirurgiens ont-ils donné la préférence au constricteur, je me contenterai de citer les noms de MM. Laugier et Richet, qui l'ont employé avec succès dans leur service pour extraire des tumeurs cancroïdales ou cancéreuses de l'orbite et de la langue, et diviser des fistules à l'anus.

Parmi ses inconvénients, outre l'hémorrhagie qu'on voit se produire quelquefois après l'opération dans un temps plus ou moins éloigné, son emploi est très-lent, et fatigue les malades, tout en augmentant leur douleur, et le chirurgien qui est pour ainsi dire attaché à son instrument, qu'il ne peut quitter avant la fin de l'opération qui se fait attendre longtemps.

Si nous examinons les suites de l'opération, nous voyons qu'elles exposent les malades aux acccidents inflammatoires, car le procédé avec lequel s'exécute cette méthode de l'écrasement linéaire se rapproche beaucoup de l'excision faite avec les ciseaux. En effet, nous considérons l'écraseur comme une chaîne formée d'une série en petites chaînettes articulées les unes avec les autres, et mousses isolément, mais dès que les tissus sont compris dans deux chaînettes correspondantes; de mousses qu'elles étaient, elles deviennent à la suite de la compression pour ainsi dire tranchantes, et dès lors les tissus ne sont point écrasés, mais bien divisés et comme coupés par des ciseaux, de sorte que les vaisseaux qui parcourent les tissus au lieu d'être contractés et rétractés, restent entr'ouvers et à demi béants, et c'est ce qui nous explique alors l'apparition des complications si graves qui peuvent se produire, et que nous avons vu figurer dans la méthode de l'excision.

Nous passerons sous silence la ligature lente qui n'est plus employée de nos jours, pour nous occuper spécialement du procédé que nous avons adopté.

Ligature extemporanée.

Nous avons déjà dit que la ligature lente et graduée avait beaucoup d'inconvénients; aussi donnerons-nous la préférence à la ligature extemporanée, dont l'action plus rapide, suivant l'expression de Dupuytren « divise les ti ssuscomme un instrument médiocrement

tranchant, et qui n'agirait qu'en pressant. » Cette méthode a le double avantage d'être très-prompte et souvent suivie de succès, qui sont dus à des causes particulières que nous allons examiner.

ACTION DE LA LIGATURE SUR LES TISSUS VIVANTS.

Les vaisseaux de toute sorte, artères, veines, vaisseaux lymphatiques, qui rampent dans l'épaisseur des tissus, sont soumis avant leur division à une forte trituration qui les attire comme des tubes à la lampe, et oblitèrent leurs orifices, d'où il résulte les deux grands avantages suivants : d'abord, l'absence et l'impossibilité de l'hémorrhagie, ensuite, ce qui est encore plus important, c'est qu'elle fait disparaître la cause de l'infection purulente qui se montre si souvent après les opérations, et qui est le fléau de beaucoup d'opérés.

Pour nous expliquer plus clairement, supposons qu'une plaie ait été faite par un instrument tranchant, les vaisseaux ayant été divisés comme le reste des tissus, il s'ensuivra qu'au moment de la suppuration, ces liquides sécrétés à la surface de la lésion traumatique mourront et se putréfieront, et, comme d'un autre côté les orifices des vaisseaux qui baignent dans ce liquide purulent et putride, sont entr'ouverts, quelquefois même béants, ils se laisseront facilement pénétrer, et la matière putride sera ainsi entraînée dans le courant circulatoire de l'intoxication putride. Il n'en est plus de même dans les opérations faites par la ligature extemporanée. Au contraire, ici les vaisseaux, comme nous l'avons déjà dit, sont oblitérés avant même que se soit établi le travail de suppuration, de telle sorte que les liquides putrides ne peuvent point être absorbés, ou du moins le sont difficilement, et c'est ce qui explique pour ainsi dire l'innocuité et le succès des opérations que nous avons vu pratiquer au service

de M. Maisonneuve, que viennent confirmer les observations que nous avons recueillies à ce sujet. Ajoutons en outre, à ces grands avantages, la rapidité de son exécution, et sa simplicité qui fait que tout chirurgien timide pourra l'entreprendre.

MANUEL OPÉRATOIRE.

Avant d'entreprendre le manuel opératoire, nous devons décrire la structure et le mécanisme de l'instrument qui doit nous servir à pratiquer la ligature en masse du col. Sa structure et son mécanisme est le même que celui du serre-nœud de Graefe, avec la seule différence que son anneau terminal est aplati de manière à présenter une ouverture en forme de fente étroite, au lieu d'un orifice circulaire. Pour lien constricteur, on peut y adapter toute espèce de fils, chanvre, soie, argent, mais le fil de fer convient mieux parce qu'il est flexible en tous les sens, et jouit en même temps d'une rigidité suffisante pour qu'on puisse en former une anse fixe, susceptible d'être introduite toute ouverte dans le vagin.

Il existe trois constricteurs différant seulement par leur volume : le grand, moyen et petit; c'est du moyen dont nous avons besoin, et que nous allons par conséquent décrire. Il offre, en effet, assez de puissance pour venir à bout d'une tumeur carcinomateuse du col, quelque dure et résistante qu'elle soit. Sa longueur est de 30 centimètres, et le diamètre de sa vis est de 6 millimètres; l'un des bords de son anneau est arrondi et un peu déprimé; l'autre est un peu plus saillant. Dans la rainure de la branche cannelée, se trouve une vis sur laquelle peut rouler facilement un volant à trois branches de 4 centimètres de rayon. L'extrémité de la vis présente un crochet particulier, sur lequel doivent être fixées les ligatures.

Arrivons maintenant au manuel opératoire que nous diviserons, à l'exemple de M. Maisonneuve, en trois temps.

1er *temps.* —*Application des érignes.* On fait coucher la malade sur le bord du lit, les cuisses écartées et maintenues dans cette position par des aides ; le chirurgien introduit alors l'index de la main gauche dans le vagin, le long duquel il fait glisser la pince de Museux jusque sur le col, qui se trouve être pénétré profondément par les griffes de cette érigne. L'exécution de ce premier temps n'est pas sans difficulté, et exige de la part du chirurgien une grande prudence et de grandes précautions. En effet, si ces érignes sont implantées trop bas, elles laissent en dehors d'elles une partie malade que l'anse du fil ne pourra comprendre; si elles sont placées trop haut, elles peuvent pénétrer dans le sillon que le vagin forme en se continuant sur le col, et dès lors l'on comprend la gravité de cet accident qui produirait la constriction du cul-de-sac péritonéal postérieur.

2e *temps.* — *Introduction du constricteur.* On arme d'abord le constricteur de son lien de fil de fer, avec lequel on forme une anse assez capable pour pouvoir embrasser la tumeur, et dont on fixe les deux bouts au crochet destiné à les recevoir. On donne ensuite à cette anse une position verticale par rapport à l'instrument, et on l'introduit légèrement dans le vagin, en lui faisant suivre la direction de l'index de la main gauche qui lui sert de guide, jusqu'à ce qu'on arrive à la tumeur du col ainsi limitée par les érignes déjà appliquées.

3e *temps.* — *Constriction.* La tumeur étant ainsi limitée et embrassée par l'anse du lien constricteur, le chirurgien tourne légèrement le volant de la vis, tandis que de la main gauche il tient l'instrument immobile. Après avoir exécuté quelques tours de vis, on

doit s'arrêter pour explorer avec l'index de la main droite, si l'anse occupe bien sa place et si elle ne s'est pas déviée, et lorsqu'on s'est ainsi bien assuré que tout est en règle, on fait tourner de nouveau le volant jusqu'à ce que la section de la tumeur soit achevée; c'est dans cette dernière partie de l'opération que la douleur s'éveille seulement pour ne durer que deux ou trois minutes. Une fois l'opération terminée, le chirurgien doit s'informer, par le toucher vaginal, s'il n'est pas resté certaine portion de tissu morbide.

L'opération n'est pas suivie ordinairement d'hémorrhagie.

Pansement. On introduit des boulettes de charpie sèche dans le vagin jusque sur la surface traumatique, pardessus lesquelles on en applique d'autres imbibées de teinture d'arnica ou de tout autre agent antiputride, qui, par sa présence et son contact, doit s'opposer à la putréfaction des liquides exsudés à la surface de la plaie. On soutient le pansement avec un bandage en T double.

Comme suites ordinaires de l'opération, on observe que la surface de la plaie, dont les orifices des vaisseaux ont été vivement contractés, ne sécrète dans les premiers jours qu'une sérosité faible et roussâtre; ce n'est en général que vers le quatrième jour que s'établit la période de suppuration, précédée d'abord d'un travail phlegmasique qui produit plus ou moins de réaction sur l'état général, suivant les sujets et selon qu'ils sont plus ou moins susceptibles. La cicatrisation commence et se termine ordinairement au bout de cinq à six semaines. Les accidents inflammatoires et l'infection purulente sont très-rares, lorsque ce procédé a été employé selon les règles de l'art et à moment opportun, tandis qu'ils sont très-fréquents dans les autres méthodes, surtout dans celle de l'excision.

OBSERVATION Ire.

Marie Gérard est âgée de 54 ans ; après avoir couru les hôpitaux de consultations en consultations, elle se décide à rentrer à l'Hôtel-Dieu le 20 février 1866, dans la salle Saint-Paul, où elle est couchée au n° 22. Soumise à l'exploration de M. Maisonneuve, il fut reconnu qu'elle avait une affection carcinomateuse du col de l'utérus à la lèvre antérieure, qui datait, au dire de la malade, de plusieurs mois. Elle éprouvait de violentes douleurs dans les reins et le fondement. Ses forces s'étant beaucoup amoindries, et voyant que son état allait de mal en pis, elle accepta de grand cœur l'opération que lui avait proposée le chirurgien. Le jour de l'opération étant indiqué, elle fut portée à la salle d'opération où elle fut couchée sur un lit, les cuisses écartées et maintenues par des aides. Après avoir exécuté le premier temps de l'opération, c'est-à-dire l'application des érignes, le constricteur fut porté jusque sur la tumeur qui tomba au bout de deux minutes et demie après la constriction. Elle ne paraissait pas beaucoup souffrir, si ce n'est pendant une minute.

Ensuite il fut fait le pansement que nous avons décrit. La tumeur, soumise sous le champ du microscope, fut reconnue de nature cancéreuse, et l'on constatait très-bien les cellules à noyaux caractéristiques. Les suites de cette opération furent très-favorables, il ne se produisit aucune réaction inflammatoire; le lendemain la malade demandait à manger ; il lui fut accordé deux bouillons, puis des potages, et enfin elle digérait très-bien la viande. La surface de la plaie, pendant les premiers jours, sécrétait un liquide séro-sanguin qui devint plus tard purulent, mais qui diminua promptement.

Le 10 mars, la cicatrisation était complète, et la malade n'attendait que d'avoir recouvré entièrement ses forces, et ce fut vers le 1er avril qu'elle sortit guérie, du moins de son opération.

OBSERVATION II.

Louise Duparcque, couturière de profession, âgée de 49 ans, souffrait depuis longtemps, cinq mois environ ; elle éprouvait des douleurs lancinantes dans le bassin, tellement fortes, qu'elle fut forcée de renoncer à son travail, de sorte que, n'ayant plus aucune ressource d'existence, elle se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu, au service de M. Maisonneuve, dans la salle Saint-Paul, n° 15, le 25 avril 1866.

Elle est pâle, décolorée, ses forces sont abattues. Elle avait des pertes rouges et sanguines très-abondantes, mais non fétides. Examinée par le chirurgien, il fut reconnu qu'elle avait une tumeur dure, bosselée, siégeant à la fois sur les deux lèvres, et ne les dépassant pas. Par ses caractères locaux et les caractères généraux, cette tumeur était évidemment un cancer squirrheux ; chez elle, le fait de l'héridité existait, tandis qu'il n'existait pas chez la femme qui a fait le sujet de notre première observation.

Il fut décidé qu'elle serait opérée, ce à quoi elle consentit très-volontiers ; mais, avant d'entreprendre l'opération, vu sa faiblesse générale et l'abattement profond des forces, elle fut soumise à un traitement fortifiant qu'elle suivit pendant vingt-cinq jours, et pendant lesquels on se contenta de traiter l'affection locale par la méthode palliative. Au bout de cette période, ses forces s'étaient notablement relevées, et la tumeur ne s'était pas plus étendue qu'auparavant ; on convint dès lors de l'opérer. Le 22 mai, on la transporta à la salle d'opération pour faire l'ablation du carcinome par la ligature extemporanée au moyen du constricteur.

On la fit coucher sur le bord du lit, les cuisses fléchies, écartées et maintenues par des aides. On commença d'abord par appliquer les érignes afin de pédiculer la tumeur, et l'on introduisit ensuite l'anse du constricteur dans le vagin, jusqu'à ce qu'elle eût embrassé toute la partie malade. Après s'être bien informé par le toucher vaginal qu'il n'y avait pas de parties saines comprises dans le lien métallique, on exerça la constriction en faisant tourner le volant sur la vis; la tumeur, ainsi observée et examinée minitieusement au microscope, vint confirmer le diagnostic préalablement établi, c'est-à-dire une tumeur cancéreuse, dure, lardacée, criant sous le scalpel, offrant tous les signes du squirrhe. Revenons à notre malade, et examinons les suites de l'opération. Après un pansement analogue au précédent, la malade fut portée sur un brancard dans sa salle. L'ayant interrogée et examinée successivement tous les jours, elle n'avait pas éprouvé de fièvre; la douleur était un peu cuisante comme elle le disait elle-même. Les pièces du pansement étaient teintes de sérosité un peu roussâtre; elles n'étaient point tachées de sang.

Plus tard, une inflammation très-légère se montra, l'écoulement purulent fut peu abondant, et la cicatrisation commença à se faire vers le 18 mai. Puis la malade alla de mieux en mieux ; toute espèce d'écoulement s'arrêta; elle reprit peu à peu ses forces, et elle sortit le 12 juin en voie de guérison.

Ce qu'il y a d'important à noter dans cette observation, comme dans la précédente, c'est l'absence d'hémorrhagie dont nous avons expliqué la cause péremptoirement, et l'apparition d'aucun accident soit inflammatoire, soit de toute autre nature, et encore moins de l'infection purulente. Donc, ces résultats heureux sont en faveur du procédé que nous avons adopté, et qui réunit les trois avantages suivants : simplicité, rapidité et innocuité. Je regrette de n'avoir à soumettre à mes maîtres que ces faibles renseignements, ce

sont les seuls que j'ai pu recueillir dans mon stage au service de M. Maisonneuve.

Ce procédé peut être aussi employé avec succès dans plusieurs autres genres d'opération, soit dans l'ablation des polypes, cancroïdes, etc. Nous l'avons vu exécuter plusieurs fois avec avantage par MM. les professeurs Richet et Laugier, dans l'opération de fistules à l'anus et dans l'extirpation d'un cancroïde de la langue. De telle sorte, qu'autrefois abandonnée par la chirurgie, cette méthode est devenue aujourd'hui d'un usage très-fréquent, et doit être classée au rang des premières méthodes chirurgicales, à cause des succès nombreux et réels qu'elle produit, et de la facilité ainsi que de la promptitude de son exécution.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MEDICALES.

Physique. — Induction par les courants; appareils employés en médecine.

Chimie. — Préparation et propriétés des sulfures de potassium, de calcium, de fer, d'antimoine (kermès) et de mercure.

Pharmacologie. — Des préparations pharmaceutiques qui ont les cantharides pour base.

Histoire naturelle. — Des inflorescences, comment les divise-t-on? Quelle est la valeur pour la détermination des genres et des espèces?

Anatomie et histologie normales. — Appareil de la digestion.

Physiologie. — De l'effort.

Pathologie interne. — De l'hypertrophie du cœur.

Pathologie externe. — Des abcès du cou de leur traitement.

Patohlogie générale. — Du rôle des nerfs vaso-moteurs dans les maladies.

Anatomie et histologie pathologiques. — De la phlébite.

Accouchements. — De l'inertie utérine.

Thérapeutique. — De la médication altérante et de ses principaux agents.

Médecine opératoire. — De la suture de l'intestin.

Médecine légale. — De la rigidité cadavérique ; phénomènes de la putréfaction modifiés suivant les milieux, le genre de mort, l'âge et diverses circonstances.

Hygiène. — De l'encombrement.

Vu, bon à imprimer.

NÉLATON, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

A MOURIER